

**RELACIÓN DEL CÁNCER DE SENO CON ANTECEDENTES PSICO-
AFECTIVOS IMPORTANTE COMO PERDIDA DEL HIJO CONYUGUE Y
PADRES EN LAS MUJERES INGRESADAS CON ESTE DIAGNÓSTICO AL
HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO.
ENTRE EL 01/11/2003 Y EL 01/11/2004**

**OSCAR MAURICIO SALAMANCA SALAZAR
COD. 99200536
WALTER LEWINS LADINO MEDINA
COD. 95200638
JOAN DIEGO CERON SUAZA
1999100249**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
AREA DE METODOLOGIA
2004**

**RELACIÓN DEL CÁNCER DE SENO CON ANTECEDENTES PSICO-
AFECTIVOS IMPORTANTE COMO PERDIDA DE HIJOS CONYUGES Y
PADRES EN LAS MUJERES INGRESADAS CON ESTE DIAGNÓSTICO AL
HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO
ENTRE EL 01/11/2003 Y EL 01/11/2004**

**OSCAR MAURICIO SALAMANCA SALAZAR
COD. 99200536
WALTER LEWINS LADINO MEDINA
COD. 95200638
JOAN DIEGO CERON SUAZA
1999100249**

**Asesores:
Dra. DOLLY CASTRO
Epidemióloga**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA MEDICINA
NEIVA
2004**

TABLA DE CONTENIDO

	Página
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
1. ANTECEDENTES	3
2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
3. JUSTIFICACIÓN	7
4. OBJETIVOS	8
4.1. OBJETIVO GENERAL	8
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
5. MARCO TEORICO	10
5.1. CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO DE CANCER DE MAMA	10
5.2. HISTOLOGÍA	12
5.3. SIGNOS Y SINTOMAS	13
5.4. LAS CINCO LEYES BIOLÓGICAS FUNDAMENTALES	13
5.4.1. LEY FERREA DEL CANCER	14
5.4.2. LEY DE LA SIMPACOTONÍA Y VAGOTONÍA	15
5.4.3. LEY DEL SISTEMA DE ONTOLOGÍA DE LOS TUMORES Y ENFERMEDADES AFINES	17
5.4.4. LEY DEL SISTEMA DE ONTOGEN DE LOS MICROBIOS Y BACTERIAS	22
5.4.5. LEY DE LA QUINTA ESCENCIA O COMPRENSIÓN DEL SENTIDO DE LA ENFERMEDAD	24
5.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	25
5.6. AUTOEXÁMEN DE LOS SENOS	25

5.7. SEÑALES DE ALARMA	26
5.8. OTROS EXÁMENES	27
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
7. HIPÓTESIS	30
8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	31
8.1. DEFINICIÓN DE VARIABLES	31
9. DISEÑO METODOLÓGICO	34
9.1. TIPO DE ESTUDIO	34
9.2. AREA DE ESTUDIO	34
9.3. POBLACIÓN A ESTUDIO	35
9.4. TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	35
9.5. PROCEDIMIENTO	36
9.6. PLAN DE TABULACIÓN	37
10. MODELO ADMINISTRATIVO	38
11. ANÁLISIS DE RESULTADOS	39
12. DISCUSIÓN	43
13. CONCLUSIONES	45
14. RECOMENDACIONES	46
BIBLIOGRAFIA	47
ANEXOS	

ANEXOS

ANEXO A. ENCUESTA

ANEXO B. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2003

ANEXO C. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2004

ANEXO D. PRESUPUESTO DEL PROYECTO

RESUMEN

Estudio de casos realizado en la Unidad de cancerológica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, departamento del Huila, Colombia, con un total de 9 pacientes con cáncer de seno, sobre la relación de esta patología con antecedentes psico-afectivos importante como perdida del hijo, cónyuge y padres, ocurrido en forma inesperada y vivió en forma silenciosa en las mujeres ingresadas con este diagnóstico al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, entre el 01/11/2003 y el 01/11/2004.

Inicialmente obtuvimos información sobre la totalidad de las pacientes ingresadas a esta institución con cáncer de seno en el periodo mencionado, cuyo resultado fue de 360, de las cuales se seleccionaron 9. Posteriormente realizamos una encuesta personal en los hogares de cada una de las pacientes, incluyendo preguntas sobre condiciones sociodemográficas, antecedentes familiares y antecedentes de traumas psicoafectivos con sus respectivas características, para observar si se encontraban o no este tipo de particularidades antes de la aparición del cáncer de seno. Donde se encontró que todas las mujeres con cáncer de seno eran mayores de 45 años, la raza que con mayor frecuencia se hallo en las mujeres con cáncer de seno fue la mestiza, todas las mujeres en algún momento de su vida presentaron algún tipo de estado civil, siendo el de mayor frecuencia el de casadas, también se observo que todas las mujeres tenían hijos y mas importante aun que 8 de las 9 mujeres presentaban mas dos o mas hijos, también se encontró que la mayoría de las mujeres incluidas en este estudio eran de estrato 2 y 3, y además la mayoría de las mujeres no habían podido superar al educación media.

El resultado más importante fue que la totalidad de las pacientes indagadas presentaron, anterior a la aparición del cáncer de seno, un trauma psicoafectivo de gran importancia y trascendencia, llámese pérdida del cónyuge, de un hijo o uno de sus padres, siendo el primero el de mayor frecuencia de presentación.

En cuanto a las características del trauma, que son de gran importancia, encontramos que todos ocurrieron de forma inesperada, fue de forma importante, y su estado emocional después del trauma fue de tristeza y depresión, pero el trauma no fue vivido aisladamente y en silencio, cumpliendo con las dos primeras características más no con la última, de la triada descrita por el Dr. RIKE GEERD HAMMER llamada síndrome de Dirk Hammer.

SUMMARY

Study of cases carried out in the Unit of cancerology of the University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo of the city of Neiva, department of the Huila, Colombia, with a total of 9 patients with breast cancer, on the relationship of this pathology with important psico-affective antecedents as lost of the son, spouse and parents, happened in unexpected form and that lived him in silent form in the women entered with this diagnosis to the University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, between the 01/11/2003 and the 01/11/2004.

Initially we obtained information about the entirety of the patients entered to this institution with breast cancer in the mentioned period whose result was of 360, of which 9 were selected. Later on we carry out a personal survey in the homes of each one of the patients, including questions on you condition society-demographics, family antecedents and antecedents of traumas psicoafectivos with its respective ones characteristic, to observe if they were or not this type of particularities before the appearance of the breast cancer. Where it was found that all the women with breast cancer were bigger than 45 years, the common one that with more frequency you finds in the women with breast cancer was the mestizo, all the women in some moment of their life presented some type of civil state, being that of more frequency the one of married, one also observes that all the women had children and but important even that 8 of the 9 women presented but two or but children, it was also found that most of the women included in this study were of stratum 2 and 3, and most of the women had not also been able to overcome to the half education.

The most important result was that the entirety of the investigated patients presented, previous to the appearance of the breast cancer, a condition traumatic psicoafective of great importance and transcendency, call you the spouse's loss, of a son or one of its parents, being the first one that of more presentation frequency.

As for the characteristics of the trauma that are of great importance, we find that all happened in an unexpected way, it was of important form, and their emotional state after the trauma it was of sadness and depression, but the trauma was not lived scatteredly and in silence, not fulfilling the first two characteristics with the last one, of the triad described for and I Dr. RIKE GEERD HAMMER called syndrome of Dirk Hammer.

INTRODUCCION

En Colombia se acepta ampliamente que el cáncer de mama constituye un problema importante de salud pública. Según el Registro Institucional de Cáncer del Hospital Universitario del Valle, ocupó el segundo lugar entre las seis localizaciones más frecuentes de cáncer en la mujer, en el período de 1987 a 1991.¹

La denominación cáncer de mama hace referencia a un grupo de entidades clínicas tan diferentes como un carcinoma inflamatorio y un carcinoma ductal *in situ*.

Son entidades que tienen implicaciones múltiples y muy complejas para las autoridades de salud; para los médicos y especialistas que las diagnostican y las tratan; para todo el personal que debe estar en capacidad de colaborar para el diagnóstico temprano, la remisión oportuna y el seguimiento de las pacientes; para la mujer que padece la enfermedad, para su familia, para las empresas en que trabajan y para la economía en general.

El impacto sobre la paciente es muy complejo. Las mujeres que tienen cáncer de mama, como muchas otras personas con cualquier tipo de cáncer, se sienten desamparadas e impotentes ante la enfermedad. Perciben múltiples amenazas: a su vida, a su feminidad, a su familia. Experimentan preocupaciones sobre si el cáncer se ha diseminado; incertidumbre sobre el futuro, que afecta su sexualidad, el cuidado de los hijos, el empleo y otros muchos aspectos de la vida. Sufren ansiedad y temores sobre el tratamiento. Miedo de verse estigmatizadas o rechazadas una vez que se conozca el diagnóstico.

Estas mujeres tienen que afrontar una serie de situaciones importantes y difíciles, tales como detección de un problema en el seno, confirmación del diagnóstico, el período que antecede al tratamiento, la cirugía, la terapéutica subsiguiente con radioterapia, quimioterapia y otros procedimientos. Necesitan ayuda para retornar a la vida normal, atención continuada frente a la posibilidad de recurrencia local del cáncer y a la posibilidad de metástasis.

Un buen manejo de la paciente con cáncer de mama exige mucho más que la simple extirpación de la cantidad correcta de tejido o la formulación científica de las drogas

adecuadas. Requiere atención a todos los factores que juegan algún papel en el plan terapéutico, incluyendo a la paciente, a su familia y a los servicios de apoyo.

A todo esto es lo que hace referencia la Nueva medicina donde ya no se lanzan hipótesis sobre el origen de las enfermedades o se dice que son por el azar, sino que se ha encontrado el origen y el curso natural de las enfermedades, es por eso que estos nuevos conceptos son revolucionarios por que ya no estaríamos hablando de tratamientos paliativos para el cáncer sino de una curación absoluta. Estas leyes biológicas del Dr. Hamer son nuestro puente de apoyo al iniciar esta investigación, porque consideramos que se esta dando una explicación lógica a una enfermedad tan temible como es el Cáncer, y vale la pena corroborar con investigaciones serias el cumplimiento de estas leyes.

1. ANTECEDENTES

La mama o glándula mamaria es una característica distintiva de la clase mamífera. Desde la pubertad hasta la muerte está sometida a alteraciones físicas y fisiológicas constantes que se relacionan con la menstruación, el embarazo, y la menopausia. El impacto de las enfermedades de la mama en las sociedades occidentales adquiere mayor importancia porque el cáncer de mama continúa aumentando de manera estacionaria. Una de cada dos mujeres consultarán a su médico por una afección mamaria; de ellas una de cada cuatro se someterá a una biopsia de mama y una de cada nueve mujeres estadounidenses desarrollarán alguna variedad de carcinoma mamario.¹ Ibid pag 1

Se trata de establecer la influencia de los conflictos mentales como antecedente importante para la instauración de enfermedades neoplásicas en los humanos, específicamente en el cáncer de seno.

Como antecedente de esta investigación nos referiremos a lo sucedido al Dr. Rike Geerd Hamer, Médico Alemán quien tras sufrir un conflicto mental importante por la pérdida de su hijo desarrolla un Cáncer de testículo y su mujer un Cáncer de mama, por lo cual decide iniciar una investigación sobre la influencia de este tipo de conflictos sobre el organismo, analizando que siendo dos personas completamente sanas, jóvenes y sin antecedentes de Cáncer familiar, desarrollaran un cáncer.

Siendo El Dr. Hamer conocedor de la medicina Alopática o tradicional, y experimentado en su tratamiento con quimioterapia y radioterapia, decide iniciar una nueva investigación.²

Se va a buscar al hospital universitario y empieza a hacer una cosa que hasta la fecha la medicina no había hecho nunca bueno, si había hecho pero tan antiguamente que ya ni se recuerda en los libros de medicina y es preguntarle al paciente por qué cree que está enfermo, una pregunta que nunca hemos hecho los médicos y que en nuestros manuales no viene nunca.

Entonces él empieza a preguntarle a todos los enfermos que tienen cáncer en su hospital y de hecho tienen allí muchísimo si ha vivido alguna historia o algún accidente altamente traumático en su vida anterior a la aparición del cáncer y para su sorpresa encuentra que absolutamente todos refieren una historia altamente traumática antes de la

aparición de su enfermedad. En un principio lo que constata es que todos absolutamente todos tienen ese hecho dramático, pero Hamer empieza a coger por tipos de cáncer, por tipos de enfermedad; a preguntar por ejemplo a mujeres que tengan cáncer intraductal de mama, a ver si encuentra un denominador común entre ellas y la sorpresa tremenda de Hamer es que encuentra ese denominador entre las absolutamente todas.

Va encontrando enfermedad por enfermedad un denominador común exclusivo de esa enfermedad. Las cien mujeres con esa patología tienen un mismo incidente en su vida un hecho dramático con un mismo colorido que es denominador común para las cien.

La sorpresa más grande que se lleva él, es al darse cuenta que no es de una relación causa – efecto del 90-95%, que ya sería muy alta para tener en cuenta, sino que es del 100%, y deduce que está tocando leyes de la naturaleza.

2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El carcinoma de la mama es el cáncer específico de sitio más común en mujeres y la principal causa de muerte por cáncer en las de grupo de 40-44 años. El cáncer de mama corresponde al 32% de todos los cánceres en mujeres y origina el 19% de la mortalidad relacionada con cáncer en este sexo.³

En Estados Unidos se esperaba diagnosticar aproximadamente 180.200 cánceres de mama invasores en 1997; morirían por el tumor alrededor de 43.900 mujeres. Los registros de cáncer en *Connecticut* y la parte superior del estado de *New York* señalaron que la incidencia ajustada a la edad de casos nuevos ha estado aumentando de manera constante desde mediados de la década de 1940. En la década de 1970 la probabilidad de que en Estados Unidos una mujer tuviera cáncer de mama se estimó en 1 de 13; en 1980 era de 1 en 11 y en 1996 la frecuencia fue de 1 en ocho.

Hasta el decenio pasado el cáncer de mama era la causa principal de mortalidad por cáncer en mujeres. En 1985 lo sobrepasó el cáncer pulmonar como causa principal de mortalidad por cáncer en este sexo. A pesar del aumento constante de la frecuencia, la mortalidad total por cáncer de mama ha permanecido fija. Esta disminución relativa de la mortalidad indica la detección de un porcentaje cada vez mayor de enfermedades tempranas. De 1960 a 1963 la supervivencia a cinco años era 63 y 46% en mujeres caucásicas y negras, respectivamente; en tanto que las cifras similares para el intervalo de 1981 a 1987 fueron 78 y 63%, respectivamente.

A nivel mundial el carcinoma es un problema epidemiológico, Inglaterra y Gales tienen la mortalidad nacional más alta ajustada a la edad por Cáncer de mama (27.7 por 100.000 de población). Estados Unidos se encuentra en el decimotercer lugar con 22.0 casos por 100.000. De 1986 a 1988, las mujeres de Corea del Sur se calificaron dentro de las incidencias más bajas de todas las naciones con 2.6 casos por 100.000 de población. Las Mormonas adventicias de séptimo día, mujeres de Alaska, Indias Estadounidenses y Esquimales, México-estadounidenses y Japonesas y Filipinas que viven en Hawái, tuvieron una incidencia más baja per cápita de cáncer de mama que otras estadounidenses; las monjas y las mujeres judías tienen una incidencia mayor que el promedio. Existe una variación cuando menos de cinco veces en la frecuencia de la enfermedad publicada entre los diferentes países, aunque al parecer está disminuyendo. Las mujeres que viven en naciones menos industrializadas tienden a presentar índices más bajos de cáncer de mama que quienes viven en países industrializados, pero al parecer Japón es una excepción. Entonces, en países desarrollados una de cada nueve

mujeres desarrolla cáncer de mama a lo largo de su vida y la tercera parte de ellas, muere debido a esta neoplasia, lo que puede llegar a aportar más de 44.000 muertes anuales.

En Colombia el cáncer de mama es la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres, después del cáncer de cuello uterino; además, es la mayor causa de muerte en mujeres entre los 15 a 54 años y específicamente en Cali, según información obtenida del Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Departamento de Patología, Universidad del Valle. Por lo anterior y principalmente por la notable incidencia del Cáncer de mama, se hace necesario tratar de buscar nuevos horizontes sobre este tema y además tratar de establecer si existen nuevos conceptos que nos puedan llevar a la posibilidad de mejores oportunidades de tratamiento, en las mujeres con cáncer de mama.

La nueva medicina del doctor Hamer nos dice que todo ser psíquico, que se ve sometido a una experiencia altamente traumática en forma aguda, que se presenta de forma inesperada produce una ruptura del campo electrofisiológico afectando una área completa del cerebro y a partir de ese momento se lesiona ese órgano que esta regido por esa parte del cerebro, por primera vez se hace un triangulo entre la psique, el cerebro y el órgano.³

Entonces estamos ante un shock psíquico altamente traumático e hiperagudo que te coge en contra pie, es decir inesperado y vivido en aislamiento, esto es importantísimo y condición para que se produzca la enfermedad, para que se produzca el cortocircuito la persona se lo tiene que tragar, lo lleva por dentro y le esta dando vueltas continuamente lo vive en soledad en aislamiento, no lo comunica, eso mientras dura esa situación conflictiva ocurre un corto circuito a nivel cerebral y es ahí donde ocurre un error de codificación al órgano y aparece la enfermedad

Por tanto la pregunta de investigación de este trabajo de investigación es:

¿TIENEN LOS CONFLICTOS PSÍQUICOS ALGUNA INFLUENCIA EN LA APARICIÓN DEL CÁNCER DE MAMA, EN LAS MUJERES INGRESADAS AL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO ENTRE EL 1 DE NOVIEMBRE DEL 2003 Y EL 1 DE NOVIEMBRE DEL 2004?

3. JUSTIFICACIÓN

Realizando un estudio sobre el cáncer en mujeres se encontró que el cáncer de mama ocupa uno de los primeros lugares con un 32% de incidencia y un 19% de mortalidad. Estos datos son significativos y es por eso que la comunidad científica busca día a día nuevos avances en el diagnóstico, tratamiento pero sin darse cuenta que tal vez no han resuelto la pregunta más importante, El origen de la enfermedad.

Sobre este tema se ha establecido que puede ser hereditario o genético y que además existen factores de riesgo implicados tales como edad (>45 años), país de nacimiento, residencia, estado socioeconómico, raza, nuliparidad, edad al primer embarazo a término, edad de menarquia, menopausia, lesión proliferativa benigna, cualquier antecedente familiar de cáncer en familiares de primer grado, patrones mamográficos del parénquima, radiación de tórax, etc.⁴

Lo cierto es que no existe un tratamiento curativo principalmente en pacientes con enfermedad avanzada porque no se sabemos hacia donde dirigirlo exactamente ya que es imposible saber cual es el tratamiento cuando no sabemos cual es la causa de la enfermedad.

Sabiendo todo esto hemos decidido dirigir nuestra atención hacia nuevas teorías sobre el origen de las enfermedades, específicamente el cáncer de mama, su manejo y su curación, pues estamos convencidos que el hombre debe ser visto como un ser integro que es afectado por su entorno de forma positiva o negativa, produciéndose enfermedad o curación.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

- ✚ Establecer la relación, que existe entre el antecedente de un trauma psico-afectivo y la posterior aparición de cáncer de mama, en las mujeres que ingresen al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo con dicho diagnóstico, durante el periodo comprendido entre el 01 de noviembre de 2003 y el 01 de noviembre de 2004; con la intención de empezar a trabajar sobre posibles factores etiológicos del cáncer de mama y abrir una luz para que posteriormente se realicen trabajos a mayor escala y justificar este factor causal.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✚ Establecer la edad de presentación de mayor frecuencia de cáncer de seno en las mujeres que tienen antecedentes de trauma psico-afectivo importante.
- ✚ Identificar a que estado socioeconómico pertenecen las mujeres con cáncer de seno que presentan los antecedentes de trauma psico-afectivo.
- ✚ Establecer si existe alguna relación con la nuliparidad y la aparición de cáncer de seno en las mujeres.
- ✚ Establecer si existe alguna relación entre la raza y la aparición del cáncer de seno.
- ✚ Detectar si la paciente tiene antecedentes familiares de cáncer de seno.
- ✚ Identificar la muerte o pérdida del cónyuge, padres o hijo en los dos años anteriores al diagnóstico de cáncer de seno.

- ✚ Establecer si el trauma psicoafectivo es de gran impacto e importancia, ya sea pérdida o muerte del cónyuge, hijo o padres; ocurrido de forma inesperada.
- ✚ Identificar si el hecho de que el trauma psicoafectivo fuera vivido en forma silenciosa, tiene o no relación con la aparición del cáncer de seno en estas mujeres.

5. MARCO TEORICO

5.1 CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO DEL CANCER DE MAMA

No se sabe con exactitud qué causa el cáncer del seno, pero sí se sabe que ciertos factores de riesgo están relacionados con la enfermedad. Algunos factores de riesgo, tales como fumar, se pueden controlar. Otros, como la edad de una persona o los antecedentes familiares, no se pueden cambiar. Aunque todas las mujeres tienen riesgo de desarrollar cáncer del seno, los factores que se mencionan a continuación pueden aumentar las probabilidades de que una mujer tenga la enfermedad.

Factores de riesgo que no se pueden cambiar:

Sexo:

El simple hecho de ser mujer es el principal factor de riesgo para desarrollar un cáncer del seno. El cáncer del seno puede afectar a los hombres, pero esto es bastante raro.

Edad:

El riesgo de que una mujer desarrolle un cáncer del seno aumenta con la edad.

Factores de riesgo genéticos:

Entre el 5% y el 10% de los tumores cancerosos del seno parecen estar relacionados con cambios (mutaciones) en ciertos genes.⁵ *ibid* Los estudios muestran que algunos tumores cancerosos del seno están relacionados con cambios de los genes BRCA1 y BRCA2. Si una mujer ha heredado un gen mutado de uno de los padres, tiene más posibilidades de desarrollar un cáncer del seno. Aproximadamente del 50% al 60% de las mujeres que han heredado estos cambios desarrollarán cáncer del seno antes de los 70 años.

Antecedentes familiares:

El riesgo de cáncer del seno es más alto entre las mujeres cuyos familiares consanguíneos cercanos tienen esta enfermedad. Los familiares consanguíneos pueden ser lo mismo de la rama materna que paterna. Tener una madre, hermana o hija con cáncer del seno casi duplica el riesgo de una mujer.

✚ Antecedentes personales de cáncer del seno:

Una mujer con cáncer en uno de los senos tiene un riesgo mayor de desarrollar un nuevo cáncer en el otro seno. Esto es diferente a una recurrencia (reaparición) del primer cáncer.

✚ Raza:

Las mujeres blancas poseen ligeramente mayor morbilidad de cáncer del seno que las mujeres de la raza negra. Pero las mujeres de la raza negra tienen más probabilidades de morir de este tipo de cáncer. Las mujeres asiáticas e hispanas tienen menor riesgo de desarrollar un cáncer del seno.

✚ Antecedentes de tratamientos de radiación:

Las mujeres que recibieron radioterapia en el área del pecho cuando eran niñas o jóvenes tienen un riesgo significativamente mayor de cáncer del seno.

✚ Antecedentes de biopsia del seno:

Ciertos tipos de resultados anormales en la biopsia pueden estar relacionados con un riesgo ligeramente más alto de cáncer del seno.

✚ Períodos menstruales:

Las mujeres que comenzaron a menstruar (la regla) a una edad temprana (antes de los 12 años) o que pasaron por el "cambio de vida" (menopausia) después de los 50 años, tienen un riesgo ligeramente más alto de cáncer del seno.

Lo mismo sucede a las mujeres que no han tenido hijos, o que tuvieron sus primeros hijos después de los 30 años de edad.

✚ Pastillas anticonceptivas:

Aún no está clara la función que pudieran desempeñar las píldoras para el control de la natalidad en el riesgo de cáncer del seno. Un estudio reciente halló que las mujeres que actualmente usan píldoras para el control de la natalidad tienen un riesgo ligeramente mayor de cáncer del seno.

Las mujeres que dejaron de usar las píldoras hace más de diez años no parecen tener ningún aumento en el riesgo. Las mujeres deben analizar los riesgos y beneficios de las pastillas anticonceptivas con su médico.

5.2 HISTOLOGÍA:

Hay dos tipos predominantes:

- 1) De los conductillos y acinos mamarios
- 2) De la extirpe del pezón (Enfermedad de Paget).

✚ *Diagnóstico histopatológico del cáncer de mama:*

Diagnóstico	Casos	%
Adenocarcinoma	2	0.7
Ca de células en anillo de sello	1	0.3
Ca ductal in situ	2	0.7
Ca ductal infiltrante	229	77.4
Ca epidermoide	1	0.3
Ca inflamatorio	18	6.1
Ca lobulillar infiltrante	15	5.1
Ca medular infiltrante	14	4.7
Carcinoma metastásico	1	0.3
Carcinoma mucinoso	7	2.4
carcinoma rico en lípidos	2	0.7
Tumor filodes maligno	3	1.0
Tumor mixto maligno	1	0.3
Total	296	100.0

Fuente: Hospital de Caldas, Manizales, 1984-1996.

<http://www.inmedsuc.com.mx/especialidades/gineco1.htm> ⁶Ibid

Del 100% de los tumores alrededor del 95% son Adenocarcinomas (glandulares). En cuanto a las metástasis, epidemiológicamente se dice que cuando un CA ha metastizado, el tratamiento ya es tardío.⁷

5.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Generalmente el CA de mama no da una sintomatología hasta que ya es tarde para hacer cualquier tratamiento.

Pero hay algunos signos y síntomas que ayuda a hacer un diagnóstico de CA de mama:

✚ TUMORACIÓN:

Pudiendo ser nódulo o un fibroadenoma, la diferencia radica en que el fibroadenoma es mucho más móvil que el nódulo, donde el fibroadenoma se desplaza sólo dentro de la glándula mamaria, en cambio el nódulo parecería que estuviera adherido. Otra de las características de un nódulo es que a la palpación, es de tipo rugoso y produce dolor lo cual también lo diferencia del fibroadenoma el cual no es doloroso.

✚ SANGRE POR EL PEZON:

Lo cual puede indicar que se trataría de un CA intracanalicular.

✚ RETRACCION DE LA PIEL:

Pudiendo tomar la forma de piel de naranja.

✚ EDEMA:

Lo que indica un bloqueo de los linfáticos por metástasis.

✚ PEZON:

Ya sea retraído o desviado, si se desvía lo hace hacia la dirección del tumor.

5.4 LAS CINCO LEYES BIOLÓGICAS FUNDAMENTALES DE HAMER

Cuando en 1981 el Dr. Hamer sufrió de cáncer en uno de sus testículos, pudo percatarse de que la enfermedad se había originado después de la muerte dramática e inesperada de su hijo Dirk. Tras reparar en el hecho, tuvo oportunidad de subsanar el conflicto psíquico y el cáncer desapareció.

A partir de entonces, el doctor inició su búsqueda de los conflictos psíquicos que originan las distintas manifestaciones de la enfermedad en el organismo humano.

Siendo jefe de un servicio hospitalario en Alemania, Hamer tuvo oportunidad de observar que siempre había una perfecta correspondencia entre los conflictos psíquicos que reportaban haber sufrido cada uno de sus pacientes y los órganos afectados por sus respectivas enfermedades. Posteriormente, puesto que el Dr. Hamer también es diplomado en radiología, tuvo la inspiración de indagar que ciertas manchas circulares halladas en las placas de los escáneres cerebrales de sus pacientes los "artefactos" que hasta entonces se consideraban como fallos provocados por las máquinas en realidad evidenciaban la existencia de un patrón de correspondencias entre la zona cerebral donde éstas aparecían y los órganos afectados por el cáncer.

Al retomar todos los casos de sus pacientes, el doctor verificó la relación que había entre: a) los impactos psíquicos provocados por conflictos de orden emocional, b) los órganos afectados por el cáncer, y c) la localización de las manchas en los escáneres cerebrales (llamados *focos de Hamer* desde entonces). Con base en las correlaciones que pudo hallar al analizar minuciosamente dicha información, el doctor Hamer estableció las siguientes leyes:

5.4.1 LEY FERREA DEL CANCER

Todos los tipos de cáncer tienen como origen un síndrome psíquico vivido en aislamiento que nos pilla por sorpresa. Esto significa que, si ante una situación vivencial, hay una respuesta cuyo impacto emocional desequilibra psíquicamente a una persona -situación que denomina *Dirk Hamer Sindrom (DHS)*⁸ en memoria de su hijo muerto-, dicho impacto ocasiona también un impacto a nivel cerebral y un impacto a nivel orgánico. En realidad este es el origen de toda manifestación de enfermedad, sin embargo, para que se genere una manifestación tan fuerte como el cáncer, Hamer observó que el impacto, además de ser verdaderamente dramático y pillar a la persona completamente desprevenida, debe ser vivido en aislamiento.

Cotidianamente vivimos en un ritmo denominado *normatonía*, marcado por el día y la noche. Todos tenemos pequeños problemas, pequeñas preocupaciones, pero por la noche nos vamos a la cama y dormimos. **Esto es normal. El DHS es una situación que deviene cuando ocurre un hecho inesperado que nos pilla desprevenidos y que vivimos en aislamiento.** Eso es muy importante porque según los estudios del Dr.

Hamer, no se trata de cualquier problema, ni es una situación de la infancia lejana, siempre es una situación inesperada, dramática, y vivida en aislamiento que se ha dado en un pasado reciente.

El desencadenante de las enfermedades que padecemos hoy es reciente. Seis meses, máximo un año atrás, excepto en algunos casos de epilepsias o parálisis. Cuando una situación es crónica desde hace mucho tiempo, tenemos que hay una situación con recesivas, que es lo normal dentro de la situación que vive la persona. El DHS tiene que ver con la forma de sentir de la persona, con la manera en que vive y experimenta una situación conflictiva que lo impacta. **La misma situación puede desencadenar un cáncer en diferentes órganos del cuerpo dependiendo de la forma en que dicha situación es vivida por la persona.** Es el sentir de la persona lo que va a determinar la localización del impacto cerebral y con ello el impacto al órgano afectado que corresponde a dicha localización cerebral."

5.4.2 LEY DE LA SIMPACOTONÍA Y VAGOTONÍA

Toda aparición de un DHS es seguido por una etapa de Simpacotonía (fase activa del conflicto), y otra de Vagotonía (fase resolutive o curativa del conflicto). Esto significa que tras la vivencia de un suceso que nos ocasiona un conflicto psíquico, el organismo pone en marcha un sistema para procesar y resolver las implicaciones de dicho conflicto a nivel biológico. En la primera etapa, también llamada fase fría, el organismo se prepara para enfrentar el conflicto. Este periodo de *simpacotonía* es muy importante, pues permite a la persona sobrevivir a pesar del gran impacto que acaba de sufrir. Normalmente cambia el carácter de la persona, puede estar irritable, nerviosa, malhumorada; los familiares suelen notarla rara, dicen que le ha cambiado el carácter. Come menos, duerme poco o no duerme, adelgaza, y las palmas de las manos están muy frías. Por el contrario, durante la siguiente etapa que es la fase de *vagotonía* o fase caliente, el organismo va a llegar a la resolución del conflicto.

Aquí es donde empieza en realidad la curación, sin embargo hasta ahora se había estado pensando que esto era la enfermedad, puesto que es aquí cuando aparecen los primeros síntomas físicos evidentes que pueden ser desde ulceraciones hasta tumoraciones cancerígenas, en función de la zona cerebral que haya sido afectada durante el DHS.

Es muy importante comprender esta ley porque si se entiende bien, se entiende el fundamento de esta nueva perspectiva. Tenemos un sistema biológico

extraordinariamente bien concebido para proteger la vida. El DHS, es más que un simple estrés, se trata de una grave preocupación y este profundo impacto cerebral, va a desencadenar en el organismo una reacción, una respuesta que se llama de simpacotonía. A partir de la aparición del DHS todo nuestro organismo entra en estado de emergencia para intentar buscar una salida a esta situación tan dramática que nos agobia. En este combate que se inicia, toda nuestra energía se va a centrar en un punto para encontrar una salida y eso va a hacer que nuestro cuerpo se enfríe en esos momentos.

La segunda fase, la de vagotonía, va a llevar a la resolución del conflicto. Esta es la terapia natural que ofrece la naturaleza. Esta es la fase de reparación. En la primera es donde se combate. Ahora descansamos y nos recuperamos. Aquí es donde empieza la curación y aparecen los primeros síntomas de la enfermedad, de lo que llamamos e interpretamos como enfermedad. Aparece edematización en el foco de Hammer y en el órgano afectado. Edematizar significa que el órgano se hincha de líquido, está inflamado. El cerebro es como una esponja, cuando hay edematización, se hincha de líquido y eso puede provocar dolor cerebral y a nivel del órgano también. Los tres niveles, psíquico (emocional), cerebral (mental) y orgánico (corporal), se reparan simultáneamente.

Los dos niveles que podemos ver, el del cerebro y el del órgano, aparecen hinchados y esto resulta muy evidente en un TAC (Tomógrafo Axial Computarizado). En esta fase va a haber fatiga, pueden haber pérdidas de sangre, puede haber fiebre, pueden haber dolores, sudoración... hasta el día en que aparece la crisis epileptoide o crisis de curación que, dependiendo de la enfermedad, puede presentarse como un punto de máximo agotamiento o de fiebre intensa en el que sube la temperatura hasta 40 grados, por ejemplo. Cada tipo de conflicto va a desencadenar una manifestación diferente. Cuando hay conflictos que afectan la motricidad, la crisis no es epileptoide sino epiléptica, con los espasmos conocidos.

En la primera parte de la vagotonía los síntomas son tolerables, en la segunda se incrementan y en la tercera, parecen alarmantes. Es cuando se suele recurrir al médico. Cuando se hacen análisis puede que los valores sanguíneos aparezcan alterados. Los marcadores tumorales (las pruebas que se hacen ahora para el cáncer), pueden estar disparados. Los médicos se alarman, pero no se asustarían tanto si entendieran que es el principio de un proceso de curación. El mensaje de este proceso biológico es "descansa, reposa, permanece en quietud".

Desgraciadamente en esta fase reparadora, que es donde hay más síntomas, es cuando más nos alarmamos, y a veces lo que ocurre es que terminamos muriéndonos de miedo.

Cuando uno va al médico llega con un conflicto, pero sale con dos, el segundo es que uno sale muerto de miedo.

El médico trabaja con toda su buena voluntad, pero no conoce esta perspectiva. Ahora vosotros la conocéis. Esta etapa de crisis epiléptica o epileptóide es el estupendo sistema que ha encontrado la Madre Naturaleza para poder evacuar los edemas a nivel cerebral, que es el nivel más peligroso.

En esta etapa de vagotonía, hay una breve parte en la que por algunos momentos vuelves al estado de simpacotonía y ocurre una vasoconstricción que aprieta y ayuda a evacuar el edema, especialmente a nivel cerebral. En el momento de estas crisis epileptóides, dependiendo de la magnitud, es posible que la persona se orine encima. Va a haber un pico de fiebre alta y sudoración, que son los medios naturales que el cuerpo tiene para refrescarse, para enfriarse cuando ha habido esta situación.

Para ayudar a pasar este momento a la persona, las cosas pueden variar dependiendo del daño que hay y de los síntomas, pero por ejemplo se puede ayudar aplicando compresas frías a nivel local y a nivel cerebral. Podéis ver que en general no hacen falta medicamentos muy caros ni procesos muy sofisticados."

5.4.3 LEY DEL SISTEMA DE ONTOLOGÍA DE LOS TUMORES Y ENFERMEDADES AFINES

Cuando el DHS impacta una zona perteneciente al endodermo o mesodermo, durante la fase activa del conflicto se generan proliferación celular o tumoraciones en los órganos correspondientes, mientras que cuando se impacta una zona dentro del ectodermo, durante la fase activa se generan necrosis o ulceraciones en los órganos correspondientes.

Cada órgano que hay en el cuerpo tiene un *relé* cerebral, o sea, una correspondencia con cierta zona específica del cerebro humano que está dividido en tres capas: 1) endodermo (tronco cerebral y cerebelo), 2) mesodermo, y 3) ectodermo (córtex cerebral). Dependiendo de la zona cerebral impactada durante el DHS, tendremos una manifestación diferente de dicho impacto en el órgano correspondiente a dicha zona.

Pensando en las necesidades de los primeros mamíferos, que son las que tenía que enfrentar el cerebro arcaico (el endodermo), tenemos que si al intestino llega por ejemplo un trozo de hueso, el organismo pone en marcha un programa de emergencia que se gobierna desde el tronco cerebral, quien ordena una multiplicación celular en el punto donde se encuentra el atasco provocado por el hueso. Esto significa que va a haber intestino de más, o sea, va a haber un tumor que va a ocasionar que se produzca más ácido gástrico y este exceso de secreción va a hacer que este hueso que se ha atascado pueda digerirse, pueda evacuarse.

El tumor tiene la función de digerir el hueso o lo que está atascado. Y lo mismo ocurre a nivel psíquico cuando no podemos digerir lo que nos ha ocurrido. En un conflicto figurado, en una situación que dices "esto no me lo trago, no lo puedo digerir" el seno va a hacer una proliferación celular para intentar digerir alguna situación que a la persona le parece arbitraria. "Lo que me ha hecho es una mala jugada, esto no lo puedo superar", esto no es objetivo, es subjetivo, pero el seno responde de la misma manera. Por ejemplo, el vecino de una persona aparcaba siempre el auto en el camino que iba hacia su cochera. Él le dijo un par de veces que no aparcara el auto en su parcela, y al cabo del tiempo se enteró de que el jardín pertenecía a ambos, pero el vecino ya se había ido al juzgado a poner una denuncia sin avisarle previamente a la persona.

Esta persona vive esto como una mala jugada porque él cuando le molestó el coche lo avisó y lo intentó arreglar amigablemente, y el hecho de que el vecino se hubiera ido directamente al juzgado sin intentar hacer un acuerdo previo, le pareció una mala jugada. Para digerir esta situación subjetivamente indigesta, su cuerpo respondió produciendo un temor. Mientras dura la simpacotomía, hay una hiperactividad en el intestino hasta que encuentra una solución. ⁹ *ibid*

El tronco cerebral que es la parte más interna, constituye el cerebro arcaico y está en correlación con el tejido endodérmico, por lo que todos los órganos que corresponden a esta zona, van a generar tumores en la fase activa del conflicto. Por ejemplo, entre los relés que en un TAC aparecen en la zona del tronco cerebral encontramos alvéolos pulmonares, intestino, hígado, próstata y la matriz, por lo que en la fase activa de un conflicto de sensibilidad en el que se vean afectados estos órganos, va a haber proliferación celular, lo que significa, aparición de una tumoración, que es tejido de más.

Desde el punto de vista del sentido biológico, este tumor es indispensable. También todos los relés del cerebelo, al que corresponden las mamas y los tejidos de protección como la pleura, el pericardio, peritoneo, meninges y la piel, generan proliferación celular.

Es increíble lo que la naturaleza ha dispuesto para situaciones de protección ante las agresiones. Si alguien te insulta o habla mal de ti a tus espaldas y es un hecho muy dramático de graves consecuencias, puedes crear un melanoma en la espalda que es una proliferación celular de la dermis en la espalda. La idea es la protección. Si hay ataques contra el corazón, lo protege el pericardio; si hay un órgano que es importante proteger es el corazón porque si éste no funciona, ya no hay vida. Para proteger mejor, el pericarpio y éstos órganos se hacen más densos. El pericarpio por ejemplo, se llena de pequeñas tumoraciones que hacen una capa más espesa, más gruesa para formar una coraza, y eso ocurre en la fase activa del conflicto. Los órganos que tienen relés en el ectodermo, tales como las vías biliares, durante la fase activa van a hacer ulceraciones o necrosis de tejido.

En una hepatitis viral, por ejemplo, la persona está en vagotonía, está en resolución, se están limpiando las vías biliares del hígado que pertenecen a la hoja embrionaria del ectodermo, el conflicto es contrariedad, rencor en el territorio. La persona tiene dolor en la zona porque las vías biliares se hinchan y la gran fatiga que acompaña a la hepatitis es un requerimiento de la naturaleza para que la persona permanezca en reposo ya que se necesita mucha energía en estos momentos para efectuar la reparación de la zona dañada.

Les voy a poner algunos ejemplos para que todo esto se entienda mejor. El primero es el caso de una mujer a la que le diagnostican cáncer en la mama izquierda. Es una mujer zurda que vive en la actualidad y de la que yo puedo dar testimonio. Cuando yo recibo a esta señora, le digo: "Señora, de acuerdo al esquema de Hammer usted tiene un conflicto con su pareja." Ella me dice: "No, no, no. Yo tengo un conflicto con mi madre, no con mi pareja", y durante toda una hora me cuenta los conflictos que tiene con su madre. Yo le digo: "Vale, efectivamente, usted tiene un conflicto con su madre porque en el escáner cerebral puedo apreciar que efectivamente hay un foco de Hammer en la zona que corresponde a la mama derecha, lo cual indica que hay un conflicto latente con su madre, ese es un conflicto antiguo que tampoco está curado; sin embargo, la mama izquierda es la que en estos momentos está teniendo mucha sintomatología, lo cual indica que está usted pasando por una fase de resolución de un conflicto de separación de una pareja." Ella me dice nuevamente "No".

Yo insisto y le digo "Ha perdido a un compañero que es como si se lo hubieran arrancado de su pecho". Y en ese momento la mujer reaccionó y me dijo: "¡Es cierto! Murió un hombre sobre mi pecho izquierdo. Pero no era mi compañero. Era el marido de mi mejor amiga". Pero resulta que ella estaba platónicamente enamorada de él y en el

momento en el que expiraba, ella sintió una gran desesperación y un imperioso deseo de retenerlo, de querer darle vida, de querer nutrirlo.

Y el impacto de que no pudo hacer nada para evitarlo y de que además murió en sus brazos y no en los de su amiga, fue un impacto biológico que vivió en soledad, y que no sabía como confrontarse con esa vivencia.

Eso duró seis meses, hasta que decidió irse de vacaciones con su amiga y ambas finalmente se sinceraron, compartieron su dolor e incluso le explicó a su amiga toda la verdad de lo que había pasado y cómo lo había sentido. Y gracias a ello finalmente pudo liberarse de ese peso y solucionar ese conflicto y fue cuando apareció el tumor en su mama izquierda.¹⁰

Tenemos también el caso de un hombre que era socio de una empresa dedicada a la fabricación de PVC que vendía sus productos en distintos países. Vino a verme porque tenía un cáncer en los testículos. En esta fase activa viene y me dice. "Me estoy quedando sin testículo, ¿qué me está pasando?" Y yo le digo "Usted ha hecho un conflicto de pérdida. Usted ha perdido a alguien, un ser muy querido". Y su mujer que venía acompañándolo, me dice: ¡Oh, lo que ha perdido mi marido es mucho dinero.

Han cerrado varias sucursales por la situación económica tan difícil y ha tenido una gran pérdida, pero económica." Y yo le digo: "Sí, pero esto en el testículo tiene un matiz sexual y de una mala jugada", Yo pensé por un momento que quizá el hombre había tenido una amante y dejé insinuar vagamente esta posibilidad. Pero el hombre lo negó categóricamente. Entonces le dije: "A lo mejor ha perdido usted un animal". Y el hombre se puso a llorar y me dijo: "Sí, sí, he perdido a mi gato". Y allí estaba ese hombre tan grande y tan influyente llorando por la muerte de un gato. Y uno piensa, este hombre que ha tenido que despedir a tanta gente y ha perdido tanto dinero, ¿qué puede representar para él la muerte de un gato? Pero no es exactamente la muerte del gato lo que ha hecho la enfermedad. Él está de viaje y su mujer le telefona para decirle que el gato al que tanto afecto le tiene, ha muerto.

Él le pide que lleven al gato al centro veterinario para ponerlo en la cámara frigorífica para que cuando él vuelva lo pueda enterrar. Él quiere enterrar a su gato, pero cuando llega de viaje y se va directamente a la clínica, se entera de que el veterinario no tiene ningún gato. Va a su casa y pregunta por su gato. Le dicen que lo han enterrado en el jardín. En ese momento es cuando recibe el impacto porque la esposa y los dos hijos le dicen que era una tontería, que no iban a pasar vergüenzas en el veterinario porque él quería enterrar a un gato, que simplemente lo enterraron y ya. Y es el dolor por esa falta

de sensibilidad, de atención a sus sentimientos, que le causa un impacto tremendo, ese es el momento del DHS.

Para él era una pérdida porque tenía un cariño muy especial a ese gato. Y encima no han cumplido su voluntad... Eso es lo que le da el matiz de mala jugada. Además constantemente le pedía a su mujer que fueran a buscar un gatito porque él quería tener otro gatito en la casa, pero la mujer se negaba.

Y yo les dije: "Bueno, pues en este caso, hay que elegir: el testículo o el gato". Cuando salieron de la consulta, la mujer todavía no quería tener a otro gato, pero finalmente lo discutieron, lo hablaron, adquirieron otro gato y este hombre se curó. Desde el momento del impacto hasta el momento que compraron otro gato, él fue haciendo conflicto y perdiendo masa del testículo. Lo que genera el conflicto, el DHS, visto desde afuera puede parecer algo muy anodino, pero para este hombre, el animal era sumamente importante, era el que mantenía el clima de familia, un animal crea un ambiente, crea un clima en la familia. Si hay una disputa en la familia, de repente el gato, el perro entrar y te lamen, te dan la pata y se para la discusión...

Otro caso muy típico es del cáncer de hígado, que está vinculado al sentimiento de carencia material, de carencia de dinero. Tenemos el caso de un hombre al que cuando le faltan dos años para el retiro, el director de la compañía donde trabaja lo llama a su despacho y le dice que ha pensado en darle un retiro anticipado para incorporar personal más joven en la empresa. En ese momento el hombre sufre un gran impacto ya que el retiro implica una baja respecto a sus ingresos regulares, y al pensar en sus cuatro hijos, se angustia porque siente que ya no podrá pagar su educación. Biológicamente aquí es donde comienza su conflicto.

Comienza su lucha al pensar en cómo poder pagar los estudios de sus cuatro hijos. Durante la fase de simpatonía hace negociaciones con el director, va al sindicato, intenta lograr un buen acuerdo. Y en esa fase de combate, un día se presenta con toda su buena fe al director y le dice: "Bueno, está bien, yo acepto este retiro anticipado, pero tú contratas a dos de mis hijos en la empresa". El director dice "Vale, contrato uno, pero no los dos". Y el hombre insiste en que no se saldrá hasta que contrate a los dos.

El conflicto se prolonga y finalmente llegan a un acuerdo, pero durante todo ese tiempo de incertidumbre, el hombre genera un cáncer en el hígado. El sentido biológico del hígado es hacer reserva mientras él lucha para encontrar una solución para el futuro de sus hijos. Si este mismo hombre hubiese vivido el conflicto como una pérdida de territorialidad, hubiese desarrollado una afección en las coronarias.

El hecho de que su primer pensamiento ante la noticia del retiro anticipado haya sido "¿cómo voy a pagar los estudios de mis hijos?" en vez de pensar "¿qué voy a hacer ahora sin trabajo?" determinó que el órgano afectado fuese el hígado y no las coronarias."

5.4.4 LEY DEL SISTEMA DE ONTOGÉNESIS DE LOS MICROBIOS Y BACTERIAS

Los microbios, bacterias y virus colaboran con el organismo durante la fase de curación. Si el DHS ha afectado un relé que se encuentra en el endodermo o en el mesodermo, durante la fase de resolución aparecerán hongos, microbacterias y gérmenes que ayudarán a eliminar la proliferación celular o la tumoración que se produjo durante la fase activa; mientras que si se afectó el ectodermo, durante la fase de resolución aparecerán microorganismos y virus que ayudarán a restaurar las necrosis o ulceraciones producidas en la fase activa del conflicto. ¹¹ rife geerd hamer. opcit

Esta ley cambia totalmente la creencia de que los microorganismos son perjudiciales, pues bajo esta perspectiva, no producen la *enfermedad*, sino que aparecen o proliferan durante la fase de reparación que pone en marcha el organismo y colaboran en sus tareas de restauración. En la fase de curación aparece el proceso inverso al que se desató durante la fase activa y se pone en marcha un programa especial de eliminación de lo que se haya producido durante la fase activa. Por ejemplo puede haber una citis en peritoneo, y lo que va a hacer esa citis, ese líquido, ese edema, es favorecer la llegada de microorganismo para la evacuación de todos estos pequeños tumores del peritoneo.

También tenemos a nuestros amigos los virus y ya sabéis hoy en día todo lo que se les rehuye, todo lo que se habla sobre las enfermedades de origen viral y toda la responsabilidad que se les hecha encima, cuando en realidad los virus tienen principalmente un rol de transportadores de las proteínas y sustancias nutritivas para rellenar las úlceras.

Por ejemplo en una enfermedad de origen viral como la rubéola, en la fase activa del conflicto hay como pequeñas lesiones, ulceraciones en la piel, y en la fase de curación, nuestros amigos los virus vienen a hacer el relleno. Pero sólo causarán una enfermedad viral las personas que lleguen a una fase de resolución, a una etapa de vagotonía. Nunca habrá ninguna infección por ningún virus o microorganismo en la fase de simpacotonía,

siempre intervienen en la fase de vagotonía. Esta fase es la más importante en todo el proceso.

Después de la crisis epileptóide o de curación, el cerebro conserva aún algo de edema. Este edema residual tiene un sentido biológico muy profundo, especialmente en los casos donde aparecen tumores porque va a permitir que se evacue o se enquisten la tumoración. Dependiendo de la hoja embrionaria donde está asentada esta tumoración, hay algunos tumores que se desprenden y se evacúan, otros se enquistan y quedan perfectamente bien delimitados y enquistados. Sin embargo hay personas que pueden morir en esta fase. Eso es una realidad, dependiendo de la gravedad y del órgano lesionado. Por ejemplo, algo que puede ser mortal son las lesiones en las coronarias, donde se muere de un infarto al miocardio. Cuando una persona muere por esta causa es que ha tenido un conflicto que ha durado más de nueve meses y hay una importante lesión. El edema es excesivo y en esa fase de crisis.

Sólo en caso de que el conflicto haya durado más de nueve meses afectado a las coronarias hay un infarto mortal, si ha durado menos hay pequeños infartos que afecta una zona determinada y la persona puede curativa no logra desprenderse y allí hay un colapso que impide acceder a la normatonía sobrevivir y solucionar su conflicto. Toda vez que se presenta esta crisis de curación hay otras tres semanas en las que se observa una gran fatiga.

Es una fase exudativa en la que el cuerpo limpia o expulsa lo que no necesita. Como requiere mucha energía para terminar de reparar y limpiar la zona dañada, impone un descanso que resulta imprescindible. En esta fase el paciente debe estar muy bien cuidado porque es una fase en la que está muy sensible, muy receptivo y es muy vulnerable a caer nuevamente en otro conflicto.

Evidentemente en esta fase puede haber mucho dolor, como por ejemplo en el cáncer de huesos porque el periostio, la capa que recubre el hueso, que es la única que está enervada, se despega debido al edema y esto es extremadamente doloroso. En esta fase hay que ser muy paciente. No tener miedo y no decir, "Sí, pero esto se está haciendo muy lago, no sé..." No. Hay que entender lo que pasa, hay que saber que es natural y hay que tener mucha paciencia, protegiendo y rodeando a esta persona durante un mes o mes y medio para que esté tranquila y luego esto se supera y se vuelve a una normatonía."

5.4.5 LEY DE LA QUINTA ESENCIA O COMPRESIÓN DEL SENTIDO DE LA ENFERMEDAD

Toda enfermedad es un programa especial que pone en marcha la naturaleza y tiene un profundo sentido biológico. Debajo de los malestares, dolores, trastornos y estorbos, la naturaleza nos brinda la oportunidad de poder recuperarnos y compensar los desgastes provocados por los conflictos biológicos que originan los conflictos psíquicos. Si observamos bien, comprendemos y no tenemos pánico, volveremos de nuevo a estar curados y regenerados.¹² www. alternativas contra el cancer. com. opcit

Es la quintaesencia, la deducción que se puede extraer de las otras cuatro leyes. En esta nueva perspectiva de la Medicina del Corazón, no hay benigno ni maligno, sólo hay el profundo sentido biológico de la naturaleza, los ritmos de normatonía, simpacotonía, vagotonía, normatonía. Y todo esto tiene un profundo sentido.

Es necesario advertir que esto es un esquema ideal, esto supone que la persona soluciona el conflicto y todo va bien, pero por desgracia este esquema no suele presentarse mucho aún porque el solo hecho de ir al médico provoca lo que ellos llaman metástasis, una hipótesis que nunca ha sido probada, como pasa con la mayoría de los conceptos de la medicina actual. O sea que el mismo cáncer "se extiende" hacia más de un órgano, cuando lo que en realidad ocurre es que hay más de un conflicto activo.

Por ejemplo en el caso del señor con cáncer en el hígado, si además de preocuparse por la subsistencia afectando su hígado, también se hubiera sentido desvalorizado, podría haber afectado sus huesos y presentar las dos afecciones.

No obstante, como los médicos no comprenden esto, piensan que el paciente está muy grave y al ofrecer tal diagnóstico generamos un tercer conflicto provocado por el miedo: "Me voy a morir, de esta no me salvo..." o "Me voy a morir y qué va a ser de mis hijos, estos niños tan pequeños..." Entonces cuando la persona regresa al médico un mes después, ya no sólo tiene cáncer en hígado y huesos, sino cáncer de pulmón."

5.5 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- ✚ Celulitis, por lo de la piel de naranja, pero este no produce dolor. ¹³
www.inmedsuc.com.mx/especialidades/gineco1.htm.opcit
- ✚ Procesos inflamatorios benignos de la mama, como las: Mastitis fuera o no de la lactancia.
- ✚ Tuberculosis, que van a producir nódulos y a veces hasta adenopatías.
- ✚ Traumatismos, que van a efectuar una retracción de la piel

5.6 AUTOEXAMEN DE LOS SENOS

El examen de los senos por la misma persona, debe ser una práctica rutinaria a partir de los 20 años de edad. El examen debe hacerse cada mes en una época que no coincida con la menstruación y de acuerdo con un procedimiento que se describe a continuación:

- ✚ De pie frente a un espejo y con el torso desnudo, levante sus manos sobre la cabeza y observe cuidadosamente sus senos para descubrir anormalidades tales como fluidos de los pezones, pequeños hoyuelos o descamaciones de la piel.¹⁴
- ✚ Entrelace las manos detrás de la cabeza y presiónelas hacia adelante. Enseguida afirme las manos sobre la cadera y arquee los brazos suavemente hacia el espejo, mientras empuja sus hombros y codos hacia adelante. Con este sabrá si hay o no cambios en el contorno de los senos.
- ✚ Ahora examínelos manualmente. Puede hacerlo mientras se ducha, pues la piel mojada y enjabonada facilita el desplazamiento de los dedos. Levante el brazo izquierdo y con los dedos de la mano derecha palpe su seno izquierdo firmemente y en toda su extensión, comenzando por la orilla más externa en pequeños círculos, lentamente y alrededor del seno, acercándose lentamente hacia el pezón.
- ✚ Ponga especial atención en el área comprendida entre el seno y la axila y en la axila misma. El examen debe hacerlo de tal manera que se presione el tejido mamario contra las costillas. Trate de sentir la presencia de alguna masa o abultamiento inusual. Oprima suavemente el pezón para verificar que no presenta fluidos anormales.

- ✚ Realice el mismo paso con su seno derecho, y la mano izquierda. Repita el segundo paso mientras reposa sobre una superficie lisa, con uno de los brazos sobre la cabeza y una almohada o una toalla doblada bajo su hombro, en el costado que va a examinar.
- ✚ La persona aprende a conocer sus senos y a saber qué ha estado allí siempre y qué se ha desarrollado de nuevo. Ante la duda del desarrollo de una masa anormal, la mujer debe consultar al médico.

Una de las alteraciones más frecuentes de los senos es la llamada enfermedad fibroquística, caracterizada por pequeños quistes e induraciones que le dan a los senos una apariencia irregular a la palpación.

La enfermedad fibroquística tiende a acentuarse en los días premenstruales y durante la menstruación, cuando los senos son dolorosos y los quistes pueden ser más prominentes; aunque es una entidad benigna, es necesario hacer exámenes periódicos para descartar otras alteraciones y para detectar a tiempo masas anormales que pueden confundirse con quistes e induraciones.

5.7 SEÑALES DE ALARMA

- ✚ Durante el examen de los senos es necesario observar si se presenta uno o varios de los siguientes signos, algunos ya mencionados atrás.
- ✚ Salida de algún líquido a través del pezón
- ✚ Cambios en la apariencia física del pezón
- ✚ Secreción crónica de un líquido sanguinolento o del pezón
- ✚ Cambios en el contorno y simetría de los senos
- ✚ Tensión o picazón en alguno de los senos aún después del ciclo menstrual
- ✚ Hoyuelos o hendiduras de la piel en alguno de los senos

- ✚ Presencia de una masa

5.8 OTROS EXÁMENES DEBEN PRACTICARSE

Además del auto examen la mujer debe asistir a consulta médica cada 3 años entre los 20 y 39 años de edad y anualmente a partir de los 40 años de edad. El médico hará el examen respectivo y de acuerdo con las circunstancias puede ordenar exámenes de tamizaje de cáncer de seno como parte del plan de atención de salud, lo que no indica que crea que el paciente tiene cáncer, sino que desea descartarlo. Pruebas de tamizaje se realizan cuando el paciente no presenta síntomas, son exámenes de prevención que buscan detectar una enfermedad a tiempo y evaluar el riesgo de desarrollarla. ¹⁶
SCHWARTS, SHIRES, SPENCER. Principios de cirugía.opcit

Las pruebas de tamizaje para cáncer de seno incluyen:

- ✚ **Auto examen de los senos**
- ✚ **Examen clínico de los senos**, realizado por el médico tratante, quien examinará la presencia de cambios o masas anormales, tocando los senos y el área bajo los brazos.
- ✚ **Mamografía**, que es un examen radiológico que utiliza bajas dosis de irradiación y que permite con bastante seguridad determinar la presencia de nódulos o tumores anormales, o de pequeñas calcificaciones que puedan sugerir una transformación maligna. La mamografía no es 100% precisa y en casos de duda, el médico recomendará una biopsia.

La detección de cáncer por medio de mamografía depende de algunos factores, como, tamaño del tumor, edad de la mujer, densidad del seno, y habilidad del radiólogo para realizar el examen. Existe gran controversia sobre la edad a la cual debe iniciarse la mamografía. Unos hablan de 40 y otros de 50 años de edad, quizás el concepto más aceptado. Varios estudios han concluido que se debe realizar en mujeres mayores de 50 años, una vez al año, como lo recomiendan la Sociedad Anticancerosa de Estados Unidos, la Asociación de Oncólogos (especialistas en cáncer) y el Instituto Nacional de Cáncer de ese país.

Antes de los 50 años de edad, la utilización de la mamografía dependerá del riesgo de la persona, determinado por los factores de riesgo.¹⁷

Aunque hay algunos detractores de su utilización como medio de tamizaje o detección precoz de cáncer de mama, la mamografía sigue siendo un buen método recomendado por múltiples sociedades científicas alrededor del mundo, cuya limitante principal es el factor económico.

En mujeres jóvenes la mamografía no es igual de efectiva para la detección de cáncer, pues el tejido de los senos es más denso, y puede confundirse con masas anormales, además el cáncer de seno es mucho menos frecuente antes de los 45 a 50 años; por ello, en mujeres menores se recomienda la utilización de ultrasonido o ecografía, que ofrece una imagen del seno y de las formaciones extrañas que aloje en su estructura, para evaluar masas identificadas al examen físico. Este estudio, también es útil, para comparar hallazgos de mamografía.

Otro medio diagnóstico, es la resonancia magnética, en la que se observan imágenes del cuerpo creadas por un imán unido a un computador; es un recurso de última instancia, que se utiliza para diferenciar cáncer de tejido cicatricial; su rol como método de tamizaje no se ha definido.

Hay métodos diagnósticos que no se utilizan para tamizaje sino para confirmar la presencia de cáncer de seno, como la biopsia, que consiste en extraer una pequeña porción del tejido en el que se sospecha la presencia de tumor, para estudiarla en el laboratorio bajo microscopio y determinar si hay células cancerosas.

6. CONSIDERACIONES ETICAS

- ✚ Para la realización de éste estudio se tendrá en cuenta el consentimiento del paciente para la participación y suministro de la información, sin establecer ningún tipo de presión respetando la libertad de aceptar o no la participación en el estudio.
- ✚ En el desarrollo de la investigación no se llevará a cabo ningún método invasivo en el paciente, ni realizaremos ninguna intervención en ellos, ya que la información que se recolectará será solo sobre algunas características clínicas, antecedentes de traumas psico-afectivos, familiares y otros factores que no pusieron en peligro la integridad física del paciente.
- ✚ Se les informará sobre el objetivo del estudio y también en que consiste la Nueva medicina
- ✚ Se responderá con claridad las inquietudes o dudas que surjan a lo largo de la investigación con los participantes del estudio.
- ✚ Toda la información suministrada durante la investigación es confidencial, y los resultados solo se emplearan con fines científicos.
- ✚ Se tratará con respeto y consideración a cada uno de los pacientes, ya que su condición lo amerita.

7. HIPOTESIS

Existe un antecedente psicoafectivo traumático importante, ya sea pérdida o muerte del cónyuge, hijo o padres; ocurrido de forma inesperada, de gran impacto y vivido de forma silenciosa al cual se le atribuye como factor etiológico importante de cáncer de mama en las pacientes con este diagnóstico establecido en el “Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo”, en el periodo comprendido entre el 01 de noviembre de 2003 y el 01 de noviembre de 2004.

8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

8.1. DEFINICIÓN DE VARIABLES

- **Edad:** Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento. Años cumplidos hasta el momento del estudio. Variable cuantitativa. Servirá para establecer la relación de esta como un posible factor de riesgo.
- **Socioeconómicas:** Nivel socioeconómico catalogado por el estrato en que esta clasificada su vivienda. Variable cualitativa. Servirá para establecer la relación de esta como un posible factor de riesgo.
- **Descendencia:** Número de hijos de una mujer. Variable cuantitativa. Servirá para establecer la relación de esta como un posible factor de riesgo.
- **Antecedentes:** Antecedentes de cáncer en mujeres de la familia de los casos con cáncer de seno. Variable cualitativa. Servirá para establecer la relación de esta como un posible factor de riesgo.
- **Características físicas:** Rasgos específicos de una comunidad, con similitud en facciones corporales. Variable cualitativa. Servirá para establecer la relación de esta como un posible factor de riesgo.
- **Traumas psicoafectivos:** Referente a la situación traumática a nivel psicoafectivo que afronta cada individuo de los casos, antes de la aparición de su enfermedad, por pérdida o muerte del cónyuge, hijos, o padres. Variable cualitativa. Servirá para establecer la relación de esta como un posible factor de riesgo.
- **Componentes del trauma psicoafectivo:** Hace referencia a lo informado por cada uno de los casos en relación a el nivel del trauma psicoafectivo, catalogándolo de fuerte o intenso, moderado y leve; como a su vez la evolución en el tiempo, si se ha disminuido, aumentado o se mantiene igual; información de la forma de afrontar el suceso del trauma psicoafectivo, en sentido a la comunicación a los demás; y el informe de la situación emocional actual referente a su enfermedad.

VARIABLE	DEFINICION	SUB-VARIABLE	CATEGORIAS	INDICADOR	NIVEL DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
NUMERO DE AÑOS CUMPLIDOS.			AÑOS	NÚMERO DE CASOS	NUMERICAL	CUANTITATIVA
SOCIOECONÓMICAS.	Características socioculturales que pueden influir.	Nivel socioeconómico.	Estrato 1 = 1. Estrato 2 = 2. Estrato 3 = 3. Estrato 4 = 4. Estrato 5 = 5. Estrato 6 = 6.	No. Casos por nivel socioeconómico.	ORDINAL	CUALITATIVA
DESCENDENCIA		NULIPARAS	0 hijos	No. Casos	NÚMERICAL	CUANTITATIVA
		PRIMIPARAS	1 hijo	No. Casos	NÚMERICAL	CUANTITATIVA
		MULTIPARAS	= ó > 2 hijos	No. Casos	NUMERICAL	CUANTITATIVA
ANTECEDENTES	Son antecedentes de importancia en la familia que pueden influir en la aparición de la enfermedad.	Antecedentes de cáncer de seno en familiares	Madre Hermana Tías Abuelas Ninguno	No. Casos	NOMINAL	CUALITATIVO
CARACTERÍSTICAS	Rasgos específicos de una	RAZA	Caucásica Mestiza Negra	No. Casos	NOMINAL	CUALITATIVA

FISICAS	comunidad		Indígena Otra			
TRAUMAS PSICO AFECTIVOS	Situación traumática a nivel psicoafectivo o que afronta cada individuo de forma individual.	PERDIDA O MUERTE DEL CONYUGE, DE HIJOS, O DE PADRES	Pérdida o muerte del cónyuge Pérdida o muerte del padre Pérdida o muerte del hijo	No. Casos	NOMINAL	CUALITATIVA
COMPONENTES TRAUMA PSICO-AFECTIVO	Son características del trauma psicoafectivo	Nivel del trauma psicoafectivo	Fuerte o intenso	No. Casos	NOMINAL	CUALITATIVO
			Moderado	No. Casos	NOMINAL	CUALITATIVO
			Leve	No. Casos	NOMINAL	CUALITATIVO
		Nivel de evolución en el tiempo	Se ha incrementado	No. Casos	NOMINAL	CUALITATIVO
			Se ha disminuido	No. Casos	NOMINAL	CUALITATIVO
			Permanece igual	No. Casos	NOMINAL	CUALITATIVO
		Forma de afrontar el suceso	Sin comunicarlo	No. Casos	NOMINAL	CUALITATIVO
			Comunicación familiar	No. Casos	NOMINAL	CUALITATIVO
			Comunicación general	No. Casos	NOMINAL	CUALITATIVO
		Estado emocional respecto a la enfermedad	Ansiedad	No. Casos	NOMINAL	CUALITATIVO
			Tristeza-depresión	No. Casos	NOMINAL	CUALITATIVO
			Manía	No. Casos	NOMINAL	CUALITATIVO
			Otra	No. Casos	NOMINAL	CUALITATIVO

9. DISEÑO METODOLOGICO

9.1 TIPO DE ESTUDIO

Para la realización de este trabajo empleamos un diseño de tipo observacional, descriptivo, de casos.¹⁸

La investigación descriptiva refiere e interpreta detalladamente lo observado, no se limita al uso de un cuestionario, recolección de información o tabulación de datos sino que interpreta el significado e importancia de lo descrito de acuerdo con el propósito y objetivos o hipótesis. Además debe dar pauta para derivar conclusiones significativas. Por dicho motivo hemos escogido este diseño; ya que queremos observar una población, como son las mujeres con cáncer de seno y ver como se comportan las variables escogidas en dicha población, de esta manera analizar e inferir a cerca de ellas y buscar una posible correlación con la aparición de la patología. Además de tener un estudio confiable que nos permita abrir un camino para empezar a conocer la verdadera causa de la enfermedad y que pueda servir como punto de partida para futuras investigaciones de mayor envergadura.

El estudio de casos se aplica para tener un mayor conocimiento del problema planteado, tendiente a realizar investigaciones más profundas que permitan probar la hipótesis y establecer inferencias entre las variables. Estos estudios facilitan el cuestionamiento acerca de las variables que caracterizan el problema actual y sus interacciones por medio de las observaciones directas del fenómeno estudiado.

Seleccionamos el diagnóstico de cáncer de seno por existir un gran número de población femenina que la padece y por que se hace fácil obtener de los datos suficientes para relacionarlos en el estudio y además por que podemos contactar a las mujeres con este padecimiento

9.2. AREA DE ESTUDIO

El Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo es un centro hospitalario de tercer nivel de complejidad y centro de referencia de los departamentos de Huila, Caquetá, Putumayo y sur del Tolima. La población de estudio será la atendida

directamente en la Unidad de Cancerología durante el periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2003 y el 01 de noviembre de 2004.

Esta unidad médica recibe un volumen de pacientes tanto de los régimen subsidiado como contributivo, que requieren tratamiento especializado; lo que nos lleva a pensar que se atienden pacientes de todas las esferas socioeconómicas.

9.3. POBLACIÓN A ESTUDIO

Estará conformada por pacientes femeninas con diagnóstico de Cáncer de seno hospitalizados o que hayan asistido a la consulta de cancerología en el período comprendido desde el 1 de noviembre de 2003 al 1 de noviembre del 2004.

En los casos en los cuales se empleara la entrevista directa a los pacientes que se encontraran en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo ya sea en consulta externa o en el servicio de hospitalización, no se tendrá en cuenta la procedencia del paciente ni la edad para ser incluido en el estudio.

Se envió una solicitud a la Unidad de Cancerología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo con el objetivo de que se nos diera la oportunidad de conocer cuales eran las pacientes que habían ingresado a esta institución con el diagnóstico de cáncer de seno entre los periodos del 1 de noviembre del 2002 y el primero de noviembre del 2004, esta solicitud fue aceptada cordialmente y se nos proporciono una lista un total de 360 pacientes con su respectivo numero telefónico, posteriormente de la totalidad de pacientes se escogieron las pacientes que su numero telefónico empezaba por 75 arrojando un total de 31 pacientes de las cuales se excluyeron 22 por diferentes razones como: fallecimiento de la paciente, traslado de residencia a otra ciudad y otros por referir no tener tiempo ni interés en el estudio.

A las 9 pacientes que decidieron colaborar con el estudio se les llamo para confirmar su dirección de residencia y se le indico en que fecha y hora el entrevistador iría a su casa, posteriormente los tres entrevistadores acudieron a la cita respectiva de cada paciente donde se realizo la entrevista con un tiempo entre 20 y 30 minutos.

9.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los métodos que se utilizaran para recolectar la información van a ser poco convencionales, pues no se llevará a cabo un entrevista fría y distante, sino por el contrario una donde el paciente se encuentre en un lugar apropiado, para entablar una conversación amena con el entrevistador, donde le genere confianza y tranquilidad, ya

que es de vital importancia que el paciente sea lo mas sincero posible al contestar las preguntas del entrevistador.

Se tendrá como instrumento una encuesta previamente diseñada con las variables que se utilizaran para el estudio; además también revisaremos las historias clínicas de pacientes que hayan sido diagnosticadas en el período comprendido entre el 1 de noviembre del 2003 y el 1 de noviembre del 2004 de cáncer de seno con el objetivo de identificarlos y posteriormente contactarlos por vía telefónica o personal. Este material se extraerá del archivo del hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

EL INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizará para la recolección de la información debe constar de datos de identificación, que nos permita identificar plenamente a nuestro paciente, también debe incluir toda la información pertinente a su situación socioeconómica; y se debe hacer particular énfasis en datos personales y familiares como antecedentes de cáncer de seno y como punto principal se preguntara claramente sobre muerte o pérdida de cónyuge, hijos o padres.

9.5. PROCEDIMIENTO

Para la realización de la entrevista nos dirigiremos a la consulta de cancerología, en busca de aquellos pacientes que ingresaron a la Institución en un período comprendido entre el 29 de septiembre y el 29 de Octubre del presente año, la información sobre los antecedentes relacionados con las variables a estudio fue suministrada por la paciente y aquella información relacionada con las características clínicas, fue obtenida a partir del paciente o consultando la historia clínica.

Para la realización de la entrevista de aquellos pacientes que ingresaron a la institución en una fecha anterior, es decir entre el 1 de noviembre del 2003 y el 28 de septiembre del 2004, nos dirigiremos a la unidad de estadística del Hospital, con el objeto de obtener el número de las historias clínicas de dichos pacientes, posteriormente nos dirigiremos al archivo de historias clínicas, donde obtendremos los datos del paciente, nos comunicaremos vía telefónica con el propósito de realizar la encuesta y así obtener las diferentes variables.

Antes de la aplicación de la entrevista, explicaremos claramente los objetivos de la investigación a la paciente, aclararemos las dudas que se presenten y luego de obtendremos el consentimiento para participar en el estudio, proseguiremos a diligenciar el instrumento, buscando en lo posible un ambiente tranquilo para las pacientes.

9.6. PLAN DE TABULACIÓN

Según las variables que se midieron y que se determinaron previamente, se elaboró un instrumento que logro extraer los datos necesarios para comprender las variables. El formulario se anexa con el nombre de ANEXO 1. Formulario para la recolección de la información.

Se utilizó una técnica de tipo directa para la recolección de la información, empleando el formulario como instrumento para recolectar los datos en la encuesta al paciente, donde se realizaron preguntas directas y cerradas.

La encuesta se aplicó alternamente por los investigadores, de forma individual en cada residencia de la paciente, previo consentimiento informado de lo que se realizó.

Transcurrido el tiempo de recolección de datos, se agruparon todas las encuestas, extrayendo cada una de las variables de interés, las cuales se analizaron y se describieron las características tanto sociodemográficas, factores de riesgo y preguntas relacionadas con el tipo de trauma psicoafectivo.

Para la tabulación de los datos se buscará relacionar las variables, de acuerdo a los objetivos planteados al inicio del trabajo:

- ✚ **Edad:** distribución por grupo etáreo
- ✚ **Nivel socio-económico:** distribución por frecuencias
- ✚ **Descendencia:** distribución por frecuencias
- ✚ **Antecedente de cáncer de seno:** distribución por frecuencia
- ✚ **Características físicas:** distribución por frecuencias
- ✚ **Trauma psico-afectivo:** porcentaje por presentación

10. MODELO ADMINISTRATIVO

- ✚ **Recursos Humanos:** El personal disponible para la recolección, análisis, publicación y evaluación de los resultados somos nosotros los 2 estudiantes directores del proyecto. La tarea personal de cada miembro del grupo es recoger personalmente la información durante el periodo del estudio, por una semana al mes. Luego participaremos conjuntamente durante las fases posteriores del proyecto.
- ✚ **Recursos institucionales:** La institución en la cual se llevará a cabo el estudio es el HOSPITAL UNIVERSITARIO “**HERNANDO MONCALEANO PERDOMO**”. El estudio se hará exclusivamente en La Unidad de Cancerología.

11. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se solicitaron las historias clínicas con diagnóstico de cáncer de seno en la unidad de cáncer del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo, entre el periodo del 1 de noviembre 2003 y el 01 de noviembre del 2004 de donde se obtuvieron 360 historias de las cuales se seleccionaron 9 pacientes, a las cuales se les aplicó una encuesta de tipo personal con los siguientes resultados.

Cuadro 1. Características de factores de riesgo como raza y antecedentes familiares.

Raza	Número de casos
Caucásica	0
Mestiza	7
Negra	1
Indígena	0
Otra	1
<i>Total</i>	9
Antecedentes Familiares de cáncer de seno	
Madre	0
Hermana	1
Tía	3
Abuela	0
Ninguno	5
<i>Total</i>	9
Antecedentes familiares de cáncer	
Sí	4
No	5
<i>Total</i>	9

Se encontraron 4 pacientes con antecedentes de familiares de cáncer de seno siendo el de mayor frecuencia el antecedente familiar de la tía con 3 casos, respecto a la raza se encontraron 7 pacientes de raza mestiza.

Cuadro 2. Características sociodemográficas encontradas en pacientes con cáncer de seno.

Edad	Número de pacientes
20 años - 35 años	0
36 años - 45 años	1
Igual o > 46 años.	8
<i>Total</i>	9
Estrato socioeconómico	
Estrato 1	0
Estrato 2	4
Estrato 3	3
Estrato 4	1
Estrato 5	1
Estrato 6	0
<i>Total</i>	9
Ocupación actual	
Laboral-profesional	0
Laboral-tecnológica	1
Ama de casa	7
Cesante	1
Otra	0
<i>Total</i>	9
Nivel educativo	
Ninguno	0
Básica primaria incompleta	3
Básica primaria	2
Educación media	2
Educación técnica	1
Educación universitaria	1
<i>Total</i>	9
Estado civil	
Casada	5
Unión libre	2
Divorciada	0
Soltera	0
Viuda	2
Otra	0
<i>Total</i>	9

En cuanto al grupo etáreo, tuvieron una mayor representación con 8 casos las mayores de 46 años; respecto al estrato socioeconómico prevalecieron el estrato 2 con 4 casos y el estrato 3 con 3 casos; la mayoría son amas de casa con 7 casos; en el nivel educativo

se reportaron 3 casos de Básica primaria incompleta, 2 casos de básica primaria completa, y 2 casos de Educación media; el estado civil que predomina es el de casadas con 5 casos.

Cuadro 3. Características del trauma psicoafectivo en los casos de cáncer de seno en el HUHMP de Noviembre de 2003 a Noviembre de 2004.

Trauma psicoafectivo (el más importante)	Número de pacientes
Pérdida o muerte del cónyuge	2
Pérdida o muerte del padre	6
Pérdida o muerte del hijo	1
<i>Total</i>	9
Nivel de impacto emocional, por muerte de cónyuge, hijos o padres	
Fuerte o intenso	7
Moderado	2
Leve	0
<i>Total</i>	9
Nivel de impacto emocional, por muerte de cónyuge, hijos o padres, ¿Cómo ha evolucionado en el tiempo?	
Se ha incrementado	1
Se ha disminuido	5
Se mantiene igual que al inicio	3
<i>Total</i>	9
Forma de afrontar el suceso de muerte del cónyuge, hijos o padres	
Sin comunicárselo a nadie, en silencio	3
Comunicación de su estado a su familia	4
Comunicación general	2
<i>Total</i>	9
Su estado emocional con respecto a la enfermedad	
Ansiedad	1
Tristeza-depresión	7
Manía	0
Otra	1
<i>Total</i>	9

Se encontraron 6 casos donde el trauma psicoafectivo más importante fue la pérdida o muerte de sus padres; el nivel de impacto que se encontró con mayor frecuencia fue el de fuerte o intenso con 7 casos; en cuanto a la evolución en el tiempo del impacto emocional se reportaron que en 5 casos hubo disminución; en lo referente a la forma de afrontar el trauma psicoafectivo se halló que solo tres personas afrontaron el trauma sin

contárselo a nadie; el estado emocional respecto a la enfermedad que mas se encontró fue de tristeza-depresión con 7 casos.

CUADRO 4. Distribución en cuanto el numero total de hijos y la presencia o no metástasis en las mujeres con cáncer de seno.

Número de hijos	
0 hijos	0
1 hijo	1
2 o más hijos	8
<i>Total</i>	9
Diagnóstico	
Cáncer de seno sin metástasis	8
Cáncer de seno con metástasis	1
<i>Total</i>	9

Un total de 8 pacientes presentaron 2 o mas hijos y solo 1 paciente presento solo un hijo; se encontró que solo 1 de las 9 pacientes presentaban metástasis.

12. DISCUSION

El número total de historias clínicas de mujeres con cáncer de seno detectadas en la unidad de cáncer del hospital Hernando Moncaleano Perdomo entre el periodo de 01/11/2003 y el 01/11/2004 fue de 000, de las cuales se escogieron 9 casos.

Se presentaron 8 casos con cáncer de seno que se ubicaron entre el grupo etáreo mayor de 46 años, lo que nos confirma que en este tipo de patología el riesgo **aumenta con la edad**.

Se encontró que solo 4 de las 9 mujeres presentaron antecedente de **cáncer familiar**, lo que nos indica que más allá de que el cáncer de seno sea una enfermedad transmitida en forma genética está relacionado con modificaciones del medio emocional en el que vivimos.

Se observo que el estrato socioeconómico que con mayor frecuencia se encontró fue el estrato 3, con 7 mujeres; asociado a esto se observo que 7 de las 9 mujeres con cáncer de seno no habían podido superar la educación media, lo que nos lleva a pensar que este tipo de mujeres con estas características tienen poca suficiencia para afrontar de una manera adecuada los traumas que ocurren durante su vida diaria.

Según revisiones realizadas por el Dr. Hamér en su artículo "*Alternativas contra el cáncer y el sida*", observo que el 80% a 90% de la población con cáncer de seno eran personas con bajos recursos económicos, las cuales por su misma pobreza no pudieron llevar a cabo sus estudios de una manera satisfactoria y hacen que cualquier problema por mas insignificante que sea cause un gran impacto emocional.

Por otra parte se encontró que el estado civil que con mayor frecuencia se observo fue el de **casada**, presentándose en 5 de las 9 mujeres, pero siendo más importante la característica de que todas las mujeres habían presentado en algún momento de su vida una relación de tipo sentimental con una pareja de tipo masculino.

Otra variable de gran importancia fue el hecho de que las 9 mujeres **habían tenido hijos** y un hallazgo de gran relevancia fue que 8 de las 9 mujeres tenía 2 o mas hijos, estas dos variables son importantes debido a que esto hace a las mujeres mas sensibles a presentar un trauma psicocial de gran importancia ya que la perdida de pareja o de uno de sus hijos generalmente son asumidos por la mujer como traumas trascendentales en su vida.

Estos hallazgos se relacionan con la tercera ley del Dr. Hammer que habla del sistema de la ontología de los tumores y enfermedades afines. **El tumor tiene la función de digerir**

el hueso o lo que está atascado. Y lo mismo ocurre a nivel psíquico cuando no podemos “digerir” lo que nos ha ocurrido. En un conflicto figurado, en una situación que dices “esto no me lo trago, no lo puedo digerir” el seno va a hacer una proliferación celular para intentar digerir alguna situación que a la persona le parece arbitraria. “Lo que me ha pasado es una mala jugada, esto no lo puedo superar”, esto es subjetivo, pero el seno responde de la misma manera.

Por otra parte una de las variables de gran importancia en nuestro trabajo de investigación es si verdaderamente estas mujeres con este tipo de patología habían presentado un **trauma psicoafectivo** de gran importancia y de impacto transcendental durante su vida y encontramos que 9 de las 9 mujeres con cáncer de seno habían presentado este tipo de *trauma psicoafectivo*, de gran valor e importancia al momento de explicar la aparición del cáncer respecto a esta nueva teoría; Observamos que el trauma mas importante es el de la **perdida de la pareja** que se encontró en 6 de las 9 mujeres; también se demostró que el estado emocional que mas se encontró fue el de **depresión y tristeza** estando en 7 de las 9 mujeres con cáncer de seno lo que nos indica que el trauma sufrido fue de gran importancia para la mujer.

Con la variable que se encontró poca relación fue de cómo la persona llevo su trauma si lo socializo con algunas personas o lo vivió en forma silenciosa, encontrándose que solo 3 de las 9 mujeres refirieron no haber comunicado su trauma a ninguna persona.

Los hallazgos anteriores son de gran importancia ya que se relacionan en gran medida con la primera teoría del Dr. RIKE GEERD HAMMER en su libro “*fundamentos de la nueva medicina*” escrito en junio del 2000 en Barcelona: “**Todos los tipos de cáncer tienen como origen un síndrome psíquico vivido en aislamiento que nos pilla por sorpresa**”. Esto significa que, si ante una situación vivencial, hay una respuesta cuyo impacto emocional desequilibra psíquicamente a una persona, situación que Hamer denomina *Dirk Hamer Sindrom (DHS)* ⁸ en memoria de su hijo muerto; dicho impacto ocasiona también un impacto a nivel cerebral y un impacto a nivel orgánico. En realidad este es el origen de toda manifestación de enfermedad, sin embargo, para que se genere una manifestación tan fuerte como el cáncer, Hamer observó que el impacto, además de ser verdaderamente dramático y sorprender a la persona completamente desprevenida, debe ser vivido en aislamiento.

13. CONCLUSIONES

- ✚ El trauma psicoafectivo se presentó en todos los casos estudiados de las mujeres que ingresaron al Hospital Universitario Hernando Moncaleano, durante el periodo comprendido entre el 01 de noviembre de 2003 y el 01 de noviembre de 2004, previamente a la aparición de cáncer de seno
- ✚ La edad de presentación de mayor frecuencia de cáncer de seno en las mujeres que presentaron antecedentes de trauma psicoafectivo fue en mayores de 45 años.
- ✚ Los estratos socioeconómicos de más frecuente presentación fue en estrato II Y III.
- ✚ No existe relación con la nuliparidad y la aparición de cáncer de seno en las mujeres incluidas en este trabajo.
- ✚ La raza que con más frecuencia encontramos asociada con cáncer de seno en las mujeres incluidas en esta presentación de casos fue la mestiza.
- ✚ Se detectaron solo 4 mujeres con antecedentes familiares de cáncer de seno.
- ✚ La muerte o pérdida del cónyuge, padres o hijo previo al diagnóstico de cáncer de seno estuvo presente en la totalidad de las mujeres.
- ✚ El trauma psicoafectivo, ya sea por pérdida o muerte del cónyuge, hijo o padres, y ocurrido de forma inesperada, se presentó en todos los casos estudiados.
- ✚ No se encontró relación entre el hecho de que el trauma psicoafectivo fuera vivido en forma silenciosa y la aparición del cáncer de seno en las mujeres en mención.

14. RECOMENDACIONES

- ✚ Se deben realizar más estudios con el fin de obtener más información acerca de la relación entre la previa presentación de traumas psicoafectivos y la aparición de cáncer de seno.
- ✚ Se necesita realizar un estudio donde se incluya un numero más significativo de pacientes.
- ✚ Sería de gran ayuda para este tipo de estudios incluir en la historia clínica de ingreso de las pacientes con cáncer de seno los antecedentes de tipo psicoafectivo importantes.
- ✚ Divulgar estas nuevas teorías entre el personal de salud para despertar curiosidad y de esta manera fomentar la realización de nuevos estudios al respecto.

BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.encolombia.com/cirugia13498estudios-cancer.htm>
2. RIKE GEERD HAMER. Fundamentos de la nueva medicina, junio 2000, Barcelona.
3. La nueva medicina, Dr RIKE GEERD HAMER, Alternativas contra el cáncer y el sida
4. http://www.contusalud.com/website/folder/sepa_enfermedades_ca_seno2.htmhttp://
5. <http://www.contusalud.com>. Ibit.
6. <http://www.inmedsuc.com.mx/especialidades/ginecol.htm>
7. <http://free-news.org>
8. <http://www.free-news.org/indexe.htm>
9. <http://www.free-news.org>. Ibit.
10. [http://www.alternativas contra el cancer.com/ la nueva medicina.htm](http://www.alternativascontraelcancer.com/la_nueva_medicina.htm).
11. RIKE GEERD HAMER. Opcit.
12. [www.alternativas contra el cancer.com](http://www.alternativascontraelcancer.com). Opcit.
13. www.inmedsuc.com.mx. Opcit.
14. SCHWARTS, SHIRES, SPENCER. Principios de cirugía, séptima edición, México, McGraw-Hill Interamericana.
15. <http://www.saludhoy.com/htm/mujer/articulo/canseno2.html>
16. SCHWARTS. Principios de cirugía. Opcit.
17. [http://www.CANCER DE MAMA.com/ginecologia.htm](http://www.CANCERDEMAMA.com/ginecologia.htm)
18. CASTRO B, Dolly. Material de clase sin publicar 2003CERDA G, Hugo. Los elementos de la investigación.

ANEXOS

ANEXO A. ENCUESTA

RELACION DEL CANCER DE SENO CON ANTECEDENTES PSICOAFECTIVOS IMPORTANTES, COMO PERDIDA DE HIJOS, CONYUGE Y PADRES EN LAS MUJERES INGRESADAS CON ESTE DIAGNOSTICO AL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO ENTRE EL 01-11-2003 Y EL 01-11-2004.

Fecha de realización de la encuesta: _____

Encuestador: _____

1. Identificación:

N° de Historia Clínica: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Procedencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

2. Estrato socioeconómico:

a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 e. 5 f. 6

3. Ocupación actual:

a. Laboral-profesional b. Laboral-tecnológica c. Ama de casa d. Cesante e. Otra.

4. Diagnóstico:

1. Cáncer de seno sin metástasis
2. Cáncer de seno con metástasis.

5. Nivel educativo:

1. Ninguno
2. Básica primaria incompleta
3. Básica primaria
4. Educación media
5. Educación técnica
6. Educación universitaria

6. Estado civil:

1. Casada
2. Unión libre
3. Divorciada
4. Soltera
5. Viuda

7. Número de hijos:

1. 0
2. 1
3. 2 o más

8. Raza:

1. Caucásica.
2. Mestiza.
3. Negra
4. Indígena.
5. Otra.

9. Antecedentes familiares de cáncer de seno:

- a. Madre
- b. Hermana.
- c. Tía
- d. Abuela
- e. Ninguno

10. Antecedentes familiares de cáncer:

Sí

No

11. Trauma psicoafectivo (el más importante):

- a. Pérdida o muerte del cónyuge
- b. Pérdida o muerte del padre
- c. Pérdida o muerte del hijo

12. Nivel de impacto emocional, por muerte de cónyuge, hijos o padres:

- 1. Fuerte o intenso.
- 2. Moderado.
- 3. Leve.

13. Nivel de impacto emocional, por muerte de cónyuge, hijos o padres, ¿Cómo ha evolucionado en el tiempo?

- a. Se ha incrementado.
- b. Se ha disminuido.
- c. Se mantiene igual que al inicio

14. Forma de afrontar el suceso de muerte del cónyuge, hijos o padres:

- 1. Sin comunicárselo a nadie, en silencio.
- 2. Comunicación de su estado a su familia.
- 3. Comunicación general.

15. Su estado emocional con respecto a la enfermedad es:

- 1. Ansiedad.
- 2. Tristeza-depresión
- 3. Manía
- 4. Otra. _____

ANEXO B. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2003

ACTIVIDADES	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiem	Octubre	Noviem	Diciemb
Revisión 1ra de literatura											
Planteamiento											
Revisión de literatura											
Enunciación del problema: <ul style="list-style-type: none"> • Justificación • Propósitos • Objetivos 											
Análisis crítico de investigación: <ul style="list-style-type: none"> • Individual • Global • 											
Primer borrador: <ul style="list-style-type: none"> • Introducción • El problema • Revisión literatura • Marco teórico • Pregunta • Hipótesis 											
Contactos administrativos											
Diseño metodológico											

ANEXO C. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2004

ACTIVIDADES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiemb	Octubre
Presupuesto										
Asesoría por parte de experto en LA NUEVA MEDICINA										
Prueba piloto										
Recolección de la información										
Procesamiento de los datos										
Análisis de datos e interpretación de los resultados										
Elaboración de capítulos de análisis e interpretación de los resultados										
Elaboración de capítulo de conclusiones										
Sustentación y entrega del trabajo final										

ANEXO D. PRESUPUESTO TENTATIVO DEL PROYECTO:

<i>RUBROS</i>	<i>PARTIDAS</i>		<i>TOTAL</i>
	<i>RECURSOS PROPIOS</i>	<i>PATROCINADOR</i>	
<u>HUMANOS</u>			
HONORARIOS			
Asesor del proyecto	\$200.000		
Asesor estadístico	200.000		
Investigadores	400.000		\$800.000
TRANSPORTE			\$200.000
Transporte urbano	\$200.000		
PAPELERIA			
Internet	\$50.000		\$180.000
Impresión	100.000		
fotocopias	30.000		
IMPREVISTOS			\$59.000
5% de los gastos totales	\$59.000		
TOTAL	\$1.239.000		\$1.239.000